

FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (1/5)

(sachet MARRON - 9h à 17h30 du Lundi au Vendredi)

NIP Nom : Nom Jeune Fille : Prénom : DDN :/...../..... Sexe :	Etiquette UH	Prescripteur Code APH Nom : Fonction : Tél : Mail :	Préleveur Nom : Fonction : Tél :
---	------------------------	--	--

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Surveillance thérapeutique	<input type="checkbox"/> Co-infection VIH, VHC, VHB etc.	MILIEU
<input type="checkbox"/> Inefficacité du traitement	<input type="checkbox"/> Survenue d'effets indésirables (à préciser) :	<input type="checkbox"/> SANG
<input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance	<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/> LCR
<input type="checkbox"/> Malabsorption intestinale	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> CHEVEUX
<input type="checkbox"/> Résistance	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> URINE
<input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Clearance (DFG) :	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Epuration extra-rénale : mode : ; Dernière le ____/____/____ à ____h ____ durée :		URGENCE
Poids : kg		Date initiation ou modification de traitement : ____/____/____

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)

□ □ / □ □ / □ □

Heure (HH/MM)

□ □ : □ □

PIC à réaliser en fin de perfusion (30 minutes après la fin) (pour autres voir le catalogue des médicaments)

Nom du composé à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :
ANTIBIOTIQUES et ANTITUBERCULEUX (Tube héparinate de lithium sans gel)	
<input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Aztreonam AZACTAM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Bédaquiline et métabolite SIRTURO®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cefazoline	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfèpime AXEPIM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfiderocol FETCROJA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfotaxime CLAFORAN®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Céfoxitin	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cefaroline ZINFORO®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftazidime FORTUM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone ROCEPHINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ceftolozane/Tazobactam ZERBAXA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine CIFLOX®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clarithromycine ZECLAR®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clindamycine DALACINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Clofazimine LAMPRENE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cloxacilline ORBENINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Cycloserine SEROMYCIN®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Daptomycine CUBICIN®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Dalbavancine XYDALBA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Délamandé et métabolite DELTYBA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Doxycycline	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Eravacycline XERAVA®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ertapénem INVANZ®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ethambutol MYAMBUTOL®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Fosfomycine FOSFOCINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Imipénem TIENAM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Isoniazide RIMIFON® et métabolite	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Levofloxacine TAVANIC®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Linezolide ZYVOXID®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Méropéném MERONEM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Moxifloxacine IZILOX®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Ofloxacine OFLOCET®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Oxacilline BRISTOPEN®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pénicilline G (benzylpenicilline) EXTENCILLINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pipéacilline	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pipéacilline/Tazobactam TAZOCILLINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide PIRILENE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Rifabutine et métabolite ANSATIPINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Rifampicine RIFADINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Spiramycine RODOGYL®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole et métabolite/Trimétroprime BACTRIM®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Tedizolid SIVEXTRO®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Temocilline NEGABAN®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> Tigecycline TYGACIL®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h

CONDITIONS PARTICULIERES DE PRELEVEMENT

Imipénème : Stabilisation du plasma par du **MOPS** dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au $\frac{1}{2}$ v/v)

Rifampicine : Stabilisation du plasma par l'**acide ascorbique** 200 mg/L (dilution au $\frac{1}{2}$ v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement

Médicaments dosés dans le Service de Pharmacologie - APHP. Nord Site Bichat

Adresse postale : 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18 Tél. : 01.40.25.84.54 Fax : 01.40.25.88.12

Adresse de livraison : 17 rue du Pasteur Valery Radot - Porte 7 - 75018 PARIS (UNIQUEMENT du lundi au vendredi de 9h à 17h30) (-2)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat.			
Type et nombre de prélèvements reçus : <input type="checkbox"/> Non-conformité critique <input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s) <input type="checkbox"/> Discordance Echt/Prescription <input type="checkbox"/> Echantillon(s) manquant(s) <input type="checkbox"/> Contenant non adapté <input type="checkbox"/> Echantillon(s) accidenté(s)		Tel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres NC Critique	<input type="checkbox"/> Si Pré-traitement : <input type="checkbox"/> Centrifugation <input type="checkbox"/> Décantation <input type="checkbox"/> Pas de pré-traitement <input type="checkbox"/> Conservation avant envoi <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 2 à 8°C <input type="checkbox"/> - 20°C
		<input type="checkbox"/> Sachet Noir Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa	
		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa	
			
<input type="checkbox"/> Pres. Abs. <input type="checkbox"/> Prel. Abs. <input type="checkbox"/> UHabs <input type="checkbox"/> Cond. trans <input type="checkbox"/> Tub + <input type="checkbox"/> Autres			

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4	Feuille 5
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO® Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédoquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline CEFPI™ Céfiderocacol FETCROTA® Céfotaxime CLAFORAN® Céfoxidine Ceftriaxone ZINFORO® Ceftazidime FORTUM® Cefotizole ZERBAXA® Ceftriaxone ROCEPHINE® Ciprofloxacine CILFLOX® Clarithromycine ZECLR® Clindamycine DALACINE® Clorfazamine LAMPRENE® Clouxacine ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycine CUBICIN® Dalbavancine XYDALBA® Délamandine et métabolite DELTYBA® Doxycycline Eravacycline XERAVA® Ertapénem INVANZ® Ethambutol MYAMBUTOL® Fosfomycine FOSFOCINE® Imipénème TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropéném MERONEM® Moxifloxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOCET® Oxacilline BRISTOPEN® Pénicilline G EXTENCILLINE® Pipéacilline Pipéacilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine et métabolite ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Spiramycine RODOGY® Sulfaméthoxazole et métabolite/Trimétoprime BACTRIM® Tedizolid SIVEVITRO® Temocilline NEGABAN® Tigeocycline TYGACIL®	3TC+ABC KIVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZITAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bictégravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotegravir Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolütegravir (DTG) Tivicay® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DELTDF® Efavirenz (EFV) SUSTIVA® Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® Etravirine (ETR) INTELENCE® Fostemavir (TMR) EVG+COBI+TAF+FTC GENVOYA® EVG+COBI+TDF+FTC STRIBILD® FTC + TDF TRUVADA® FTC-TAF+RPV QDEFSEY® FTC-TDF+EFV ATRIPLA® FTC-TDF+RPV EVIPLERA® Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEFFIX® Lénacapavir (LEN) SULENCA® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELSENTRE® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS® Rilpivirine (RPV) EDURANT® Ritonavir (RTV) NORVIR® Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR® Screening ARV	Amiodarone et métabolite CORDARONE® Ciclosporine* Cinéétique de MPA Clozapine et métabolite LEAPONEX® Evérolimus* CERTICAN® Flecainide* FLECAINE® Hydroxychloquine* PLAQUENIL® Mycophénolate (MPA) CELLCEPT® Ropivacaine* NAROPINE® Sirolimus* RAPAMUNE® Tacrolimus*	Aciclovir (ACV) et métabolite ZOVIRAX®/ZELITREX® Albendazole et métabolite Aménanémivir AMENALIE® Amphétéracine B AMBISOME® Anidulafundine ECALTA® Atovagoline WELLVONE® Cefotuximide* CANDIDAS® Dapsone DISULONE® Fluconazole* TRIFLUCAN® Flucytosine ANCOTIL® Ganiclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécaprévir et Ribavirin (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole* CRESEMA® Itraconazole* et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermovir (LMV) PREVIMIS® Marinavir (MBV) LIVTENENCY® Métronidazole* FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ondazole* TIBERAL® Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole* NOXAFL® Praziquantel BILTRICIDE® Proguanil et métabolite PALUDRINE® Pyriméthamine* MALOCIDE® Rézafungine REZZAYO® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® Sofosbuvir et métabolite (SOF) SOVALDI® Sulfadiazine ADIAZINE® Voriconazole et métabolite VFEND®	

CONDITIONS DE PRELEVEMENT	FACTURATION
Dosages dans les autres liquides biologiques : pot stérile sans conservateur Modalités de prélèvement : résiduel (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO pic (Cmax) : Tmax IV : 30 min à 45 min après la fin de la Perf. au bras opposé Tmax IM, SC : 1h après IV voir catalogue des examens VISKALI : https://hupnvs.manuelprelevement.fr Perfusion continue : sans contrainte horaire, au bras opposé	Tableau national de codage de biologie - Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN)

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT	ZONE DE TAMPON DE RECEPTION
Pour les molécules Ciclosporine, Tacrolimus, Evérolimus, Sirolimus et Hydroxychloquine, <u>analyse réalisée sur sang total - ne pas centrifuger</u> Prélèvement HORS BICHAT Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h) Imipénème : Stabilisation du plasma par du MOPS dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au $\frac{1}{2}$ v/v) Rifampicine : Stabilisation du plasma par l'acide ascorbique 200 mg/L (dilution au $\frac{1}{2}$ v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement Antibiotiques : Plasma à -20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de transport le nécessite)	